OSPEDALE PSICHIATRICO PROVINCIALE DI CATANZARO
IN GIRIFALCO

Cenestopatie addominali in alcune sindromi mentali

per il

Prof. Dott. Annibale Puca

Direttore e Libero Docente

(Annali dell' Ospedale Psichiatrico Provinciale di Catanzaro in Girifalco
Vol. XV - agosto 1932)

(Relazione al 1° Congresso Medico Calabrese — Cosenza 22 aprile 1931, dove si trattava il tema ufficiale — « Sindromi addominali acute »).

CATANZARO
TIPO-EDITRICE BRUZIA
1932

Cenestopatie addominali
in alcune sindromi mentali

È verosimile, se non accertato, che ogni delirio abbia origine in una alterazione della cenestesi; così come in più largo senso, ogni trasformazione o variante patologica della personalità psichica attinge e si integra in queste sensazioni diffuse, indifferenziate, organiche, che sono forse le prime stratificazioni evolutive dell' energia psichica primordiale.

Il senso di inquietitudine organica, di malessere, di insicurezza che man mano si identificano nella dolorabilità funzionale, o in sensazioni indistinte, mal definite a carattere diffuso e regionale, sono elementi costruttivi ed integrativi della sofferenza cosciente ed interiore del psicastenico o del neurastenico, ma sono anche le indispensabili informazioni, su cui viene costituito in temperamento dislogico la trama iniziale del delirio in quanto l' interpetrazione morbosa accoglie come fenomeno xenopatico, ossia originato nel mezzo e non annesso al *me,* il dato della cenestesi con cui crea il tema delirante e l' elabora in più larghi sviluppi.

Questa patogenesi del delirio, che ritrova nella cenestesi l' inizio dell' idea prevalente a contenuto aberrante, si collega alla teoria dell' automatismo mentale, secondo De Clerambaut, per cui la genesi delirante è data da uno stimolo istologico

La teoria corticale, ripresa con una interpetrazione esclusivamente meccanicista dalla più recente dell' automatismo mentale, limita ad uno estremo segmento tutto il psichismo, al polo più alto e più ontegeneticamente differenziato; ed esclude dall' elaborazione mentale tutte le informazioni, che vengono dalla periferia, là dove ogni terminazione nervosa attinge negli umori le variazioni minime e trasporta ai centri di elaborazione i dati per le sintesi più alte.

La cenestogenesi del delirio è in queste fucine nascoste, in ogni terminazione nervosa, in ogni ganglio vegetativo, donde vengono le prime impressioni e dove si appresta il materiale per le costruzioni più complesse. Qui le prime manifestazioni dell' energia si isolano dalla materia e si differenziano ulteriormente sino a quelle dell' energia mentale, che è la più alta in questa differenziazione evolutiva. È quindi tutto il mezzo somatico che partecipa a queste elaborazioni ed è ogni cellula che porta il suo contributo e la sua attività a tutta la gamma gerarchica dei processi psichici che vanno dalla istintività inconscia sino all' attività pensante. L' origine esclusivamente e primariamente rappresentativa, senza alcuna partecipazione dell' emozioni, contrasta, nell' automatismo mentale, con l' acquisizione ormai pacifica che ogni manifestazione iniziale di attività mentale è carica di sensorialità e quindi anche di emotività. È questo il punto di distacco delle due teorie in quanto la cerebrazione fornisce l' elemento rappresentativo e la cenestesi l' elemento emotivo. In vero ogni delirio é più uno stato organico che si esprime nella coscienza e si intellettualizza; anzicchè un contenuto ideico che si carica secondariamente di emotività.

È per il lavorio incosciente e per l' interpetrazione ed intuizione morbosa che le prestazioni della cenestesi orientano ed avviano verso l' intonazione emotiva le costruzioni deliranti. Il lavorìo incosciente è dato prevalentemente dalle allucinazioni, illusioni ed interpetrazioni d' esteriorità.

La sensibilità viscerale ha innegabilmente larga risonanza sul tono affettivo. Ma elemento sensitivo ed affettivo non sono da confondersi come si è fatto da molti.

Ora in psichiatria è stato impostato e non risolto il quesito: esiste una sindrome patologica in cui entri il solo elemento sensitivo, senza il dato affettivo? Questo quesito sembrerebbe risolto positivamente dal *Duprè* il quale ammette una sindrome cenestopatica, pura, attuale, non complicata a costituzione morbosa precedente; quindi una sindrome a sè, senza associazioni ed interferenze patologiche.

Nella pratica è difficile rintracciare casi che siano di cenestopatici puri, in cui si possa escludere la natura coatta, ossessiva, psicoastenica, neurastenica, mitomaniaca, suggestiva, delirante della sindrome.

Ad ogni modo mi è di obbligo riferire brevemente di una donna di trenta anni, che non ha mai sofferto di nessun male fino all'età puberale, quando le sue regole si iniziarono e si mantennero sempre normali, senza variazioni eccessive dello umore e del carattere. A venti anni sposa, è più tosto frigida nei ràpporti coniugali; ha un figliuolo che cresce sano.

Alcuni anni or sono incomincia ad accusare un dolore nello ipocondrio destro. Si fa visitare da un medico che la rimanda ad un consulente e da questi ad un Chirurgo. Il Chirurgo opera per una sindrome del quadrante superiore destro dell'addome, diagnosi non meglio specificata. Non si trova niente e la laparatomia fu puramente esplorativa. La donna non è una ansiosa, non è una melanconica, perchè è tranquilla e serena, si augura di guarire al più presto; non è una isterica, perchè la suggestione non agisce su di lei più che su ogni individuo normale; non è una mitomaniaca, perchè oltre a questa sensazione viscerale, non ha inventato mai altro; non è una delirante, perchè al dolore non attribuisce un significato se non chiaramente patologico.

Dopo la operazione, l'inferma ebbe qualche mese di tregua, poi ricominciò da capo la via crucis dei chirurghi finchè ne

trovò uno che avendo localizzato un pò più indietro il dolore, intervenne sul rene, inutile dire, perfettamente sano. A distanza di tempo, una grande Città che conta duemila medici, può offrire ancora il destro ad una povera donna, che va in cerca di chi la sani da un dolore fantasma di farsi ancora operare di ipotetico ascesso subfrenico.

A questo punto, si può pensare d' essere di fronte ad una sindrome ossessiva. A parte l' unicità dell' idea fissa, che non si sarebbe mai prima appalesata in una malattia squisitamente costituzionale con piccoli segni della psicoastenia (dubbi, indecisioni, minuzierie ecc.), l' ammalata afferma sicuramente di avere il dolore ancora e non di avere l' idea, la convinzione del dolore; e che non è la paura del dolore, ma la presenza del dolore, che essa sente e di cui non dubita, nè ha mai dubitato, neanche nei periodi intervallari e di riposo.

L'ammalata fu operata sette volte, senza nessuno esito positivo e senza che i clinici cui fu dai Chirurghi rimandata dopo gli insuccessi, potessero catalogarla in una ben definita sindrome mentale. Ci troviamo in piena patalogia dell' immaginazione? Ma l' immaginazione non crea che con materiale rappresentativo le costruzioni più varie, dalla trama di un romanzo all' ipotesi nella scienza, ai sogni del visionario; e può dare la certezza di avere veramente vissuto e sentito uno stato normale o patologico, ma non elabora dati subbiettivi ed elementi sensitivi, perchè l' immaginazione non ha radici nell' organicità. Nella patologia dell' immaginazione ci troviamo di fronte ai confabulatori ed ai mitomani, i primi costruttori convinti di una trama fantasiosa a cui essi credono; i secondi inventori di fatti irreali, cui cercano di attirare la credulità degli altri, senza che essi stessi vi prestino fede.

Il dato subbiettivo, veramente sentito non è elemento che entra in gioco nella costruzione immaginativa. Quindi nemmeno la cosiddetta costituzione immaginativa del *Duprè,* può essere invocata nella sindrome cenestopatica pura. Ed allora,

va presa in esame la sensibilità viscerale, che è alla base di queste sensazioni diffuse e localizzate.

Le sensazioni spiacevoli, cataboliche, a carattere diffuso, cui si aggiunge la preoccupazione assillante del benessere fisico creano gli ipocondriaci; le stesse sensazioni localizzate ad un organo od apparato, creano i cenestopatici.

Solo in tal senso possiamo intendere la differenza fittizia che si è cercata stabilire fra i due ordini di sintomi.

La sensibilità viscerale, cui ha apportato, di fronte alle posizioni sistematizzate, ma poco solide dei neurologi, un contributo di delucidazioni un Chirurgo che se ne intende, *Leriche*, è canalizzata da vie nervose e vegetative, quest' ultime ancora discusse nella loro funzione centripeta.

Fin' oggi si è ammesso che solo i tegumenti esterni avessero varie specie di sensibilità, di cui una precocemente sviluppata, con poprie vie e propri ricettori periferici: la sensibilità dolorosa; mentre organi, visceri ed apparati ne fossero del tutto sprovvisti.

Leriche nega che esistano vie per la sensibilità dolorosa ed apparecchi periferici per il dolore, secondo le esperienze classiche di Frej.

Leriche giustamente afferma che il dolore non è un fatto fisiologico, ma un fenomeno di potenza e cioè virtuale, patologico c quindi accidentale, che non necessariamente tutti gli individui, nè tutte le parti dell' organismo debbano sentire il dolore; che quindi non è da ritenersi a priori che esistano organi e vie ricettive per una sensazione, che non costituisce una funzione; e vagliando ad un esame attento tutte le possibili direzioni, conclude che sono le stesse vie tattili e termiche che rispondono con la sensazione dolorosa ad uno stimolo abnorme.

Aver isolato in via d' ipotesi, vie sensitive per il dolore nei cordoni laterali, non vuol dire aver dimostrato che queste vie siano quelle della conduzione dolorosa; che anzi la pato-

logia del dolore non ha dati sufficienti a sostegno di un tale ordine di idee; nè l' anatomia patologica conferma che esistono organi ricettivi periferici per il dolore indipendentemente dagli organi del tatto.

I ricercatori, come Frej e Pieron, che si sono occupati della sensibilità cutanea, hanno sempre usato stimoli abnormi, cui gli organi tattili rispondevano in senso doloroso. Nè la sensibilità della cornea è argomento a sostegno della differenza tra la sensibilità tattile e dolorifica, in quanto i cilindrassili nudi della cornea sono disestesici di fronte allo stimolo. Così la riapparizione della sensibilità dolorosa prima della sensibilità tattile in seguito a resezione di nervi, è errore di termini, in quanto la zona di un nervo che rigenera è iperestesica e non dolorosa, per incompleto differenziamento delle neuro-fibrille dell' apparecchio tattile. Da questo ed altri argomenti si arriverebbe alla conclusione dell' unità degli apparecchi sensitivi periferici e delle vie afferenti i quali rispondono in modo diverso agli stimoli e al mezzo ambiente. Lo stato fisico-chimico del mezzo, le condizioni circolatorie hanno in questi fenomeni tutto il loro valore. Difatti una concentrazione H=ione neutra rappresenta il benessere, l' acidosi l' abbassamento della soglia alle sensazioni dolorose; l' alcalosi l' aumento della soglia e quindi l' iperestesia; il tasso calcemico avrebbe parte nella genesi di alcuni dolori ossei, ecc. La stasi circolatoria e l' ischemia sono due cause di dolore, sebbene il dolore sia differente.

La causalgia di Weimichell sarebbe nient' altro che una vasodilatazione attiva su una vasta zona cutanea per uno stimolo su vie nervose, a volte lontano, spesso inavvertito ed oscuro.

Nella genesi delle algie viscerali questo meccanismo è stato invocato da Leriche e da Lichvitz. E tanto le causalgie, quanto le algie viscerali sono ritenute malattie funzionali, sindromi nevrosiche, molto spesso.

E le cause sono da ricercare in queste turbe umorali e circolatorie: così si spiega, oltre che per il metamero neuro-

vegetativo, la proiezione dei dolori viscerali sulle zone cutanee corrispondenti.

La sensibilità viscerale è una sensibilità incosciente, nel senso che essa provoca un riflesso spinale e non si porta ai centri superiori encefalici, dove sarebbe avvertita come tale. Per questo è inesatto quanto si affermava finora, che i visceri non possedevano una sensibilità propria; trattasi evidentemente di una sensibilità speciale che non è analizzata dal cervello ma provoca invece riflessi viscero e vaso-motori.

Ma se questa sensibilità viscerale non giunge alla soglia della coscienza come si creano le parestesie viscerali, i dolori localizzati ad un organo, il senso di malessere interno e tutte le particolari sensazioni che ritroviamo nelle cenestopatie? Per proiezione periferica o per azione di contiguità di neuroni che vanno al talamo? Vi è innegabilmente una sensibilità viscerale, che da incosciente diventa cosciente, in quanto ne localizziamo la genesi nel nostro organismo e ad un determinato segmento viscerale.

Questa sensibilità può essere prodotta da cause massive note o da cause umorali sconosciute.

Perciò ci sembra assolutamente convenzionale la distinzione tra organo-nevrosi ed organo-patie; così come lo è il concetto di malattia organica e funzionale.

Funzionali chiameremo tutte le sensazioni viscerali che non rispondono ad un substrato anatomo patologico ben definito.

In conclusione, si può affermare, che a stimoli normali, i visceri rispondono con una sensibilità riflessa puramente spinale; a stimoli patologici con una sensibilità talamica.

Il talamo, secondo Head e Muller, è il ganglio nervoso dove finiscono le vie sensitive per colorarsi di un colorito affettivo.

Ecco i rapporti tra l' elemento sensitivo ed affettivo che è secondario al primo e non inseparabile.

Su questo schema, noi possiamo organizzare le nostre conoscenze delle cenestopatie pure e dei rapporti che esse hanno con le ipocondriasi.

Lo sovrastruttura delirante, ossessiva, isterica, ecc., è data dalla costituzione mentale del soggetto, che reagisce in quel determinato modo, secondo quelle modalità di cui è potenzialmente capace, di fronte al dato sensitivo. Può esistere solo questo complesso sensitivo, costituito da elementi di sensibilità viscerale ad alta tonalità sino a raggiungere la soglia della coscienza, senza polarizzare il tono affettivo o coinvolgere la attività logica, la capacità suggestiva, senza svelare complessi che urgono nell'inconscio, in conflitto con la coscienza, senza provocare l'angoscia?

In ciò Duprè, non ci può trovare consenzienti, in quanto sappiamo che ogni dato sensitivo quando raggiunge la soglia talamica, diventa tonalità affettiva.

La cenestesia, dice Kretschmer, è la convergenza diffusa di tutte le sensazioni, anche impercettibili, da cui risulta ad ogni istante il nostro stato di benessere o di malessere, che a sua volta appare nell'esperienza psichica come la somma delle sensazioni e disposizioni affettive.

Le alterazioni permanenti del senso cenestesico, al di là di ogni limite normale, sono alla base di molte sindromi nevropatiche ma specificamente delle cenestopatie e delle ipocondrie, che non sono isolate dai più come entità morbose, ma come sintomi di malattie.

Riferisco a tal proposito le idee originarie del Duprè: « Nella concezione corrente del tono affettivo o umore, comunemente si fa una certa confusione fra i due concetti del sensitivo e dell'affettivo, trascurando che gli elementi sensitivi comuni o specifici sono di carattere rappresentativo ed oggettivo, mentre gli elementi affettivi sono di carattere emozionale e costituiscono gli stati di gioia e di dolore. L'insieme degli elementi primari della sensibilità organica produce il sentimento dell'esistenza, la coscienza dell'essere, ma essi possono alterarsi e dar luogo a dei disturbi, che spesso sono associati, ma che differiscono per carattere e perciò debbono essere classifi-

cati in due specie: cenestesie e cenestopatie. Queste ultime sono alterazioni della sensibilità organica di questo o quel territorio cenestesico ed hanno dei caratteri peculiari per cui meritano d' essere considerate come una sindrome a parte dagli altri disturbi della sensibilità, dolorosi e parestesici. Difatti esse sono semplici, cioè non riducibili ad altro processo morboso; sono localizzate in una zona sensibile e perciò differenti dalle alterazioni causate dagli elementi superiori della coscienza, che interessano le zone associative, poichè le cenestopatie sono prodotte da perturbazioni della sensibilità centrale, cioè interessanti le vie cerebrali di riflesso o di proiezione. D'altra parte, le cenestopatie non sono disturbi dell' attività istintiva-emozionale o morale o della sfera affettiva, bensì modificazioni del grado di tonalità normale della sensibilità fisica di certi territori organici, e perciò indipendenti da ogni lesione locale e, nei casi tipici, non associate ad altre psicopatie. In molti casi può esistere una lesione, a cui esse possono attribuirsi, ma sopprimendo la causa, l' effetto non si dilegua, il che dimostra che la lesione è una concomitanza accessoria; vi sono altri casi poi, in cui le cenestopatie possono accompagnarsi ad altri fenomeni morbosi (eccitazione, depressione, inquietudine, ossessioni, ipocondrie ecc.), ma questa associazione è puramente occasionale e non necessaria, come si ritiene nel concetto corrente della psichiatria, secondo il quale le cenestopatie si considerano come associate alle alterazioni sensoriali, affettive, intellettuali, con le quali costituiscono il delirio o altra forma psicopatica, per cui vengono denominate allucinazioni cenestesiche.

Invero esse si avvicinano molto ai disturbi psicosensoriali, ma vi sono casi in cui le allucinazioni si accompagnano quasi sempre ad idee deliranti e casi in cui si manifestano isolatamente. Così, in un gran numero di ammalati, si riscontrano disturbi cenestopatici puri, senza delirio: tali infermi ricorrono al medico generico o specialista che generalmente finisce per far diagnosi di isterismo, nevrastenia, psicastenia, ipocondria, ecc.

ma all' esame obbiettivo non si rileva alcun sintomo di tali psicopatie e d' altra parte il disturbo sensitivo più o meno localizzato non corrisponde ad alcun territorio nervoso; nè presenta il sintomo dolore, per il che, non si può parlare nemmeno di algie: tutt' al più di parestesie, poichè i dolori non sono lancinanti, puntori, ma arrecano una molestia, una pena organica misteriosa.

Perciò le cenestopatie del capo differiscono dai comuni dolori di testa, dalle varie forme di cefalee dovute a nevralgie del trigemino e alle varie malattie; e così le cenestopatie dello stomaco, del rachide ecc. differiscono dalle comuni gastralgie, rachialgie ecc.

Non si possono considerare come vere parestesie, essendo queste perversioni della sensibilità, bensì del genere delle parestesie: gli infermi si lagnano di sensazioni strane, penose, piuttosto che dolorose, le quali sono persistenti ed a localizzazione imprecisa, ma regionale. Queste sensazioni interessano prima la testa (il naso, la fronte, le orbite, la lingua, l' occipite, l' interno del cranio, ecc.) e poi l' addome, il tronco e le membra.

In queste zone si verificano nella forma, nella temperatura e secrezione; sembra siano compresse da cerchi di ferro, tenaglie ecc. e si avvertono sballottamenti, costrizioni ecc. A questi sintomi si aggiungono nevralgie, vomiti, spasmi, tic, vertigini, fenomeni isterici, ossessivi, nevrastenici, ed i disturbi durano degli anni o pure tutta la vita, con remissioni od intermittenze, alternate a crisi di malinconia o ipocondria. Più raramente le cenestopatie dipendono dall' immaginazione, dallo isterismo ed in tal caso possono attenuarsi sotto l' azione della suggestione.

Le associazioni morbose più frequenti con le cenestopatie sono le nevralgie, le emicranie, le mialgie ecc. che costituiscono quella sindrome speciale detta nevralgismo ben distinta dalle nevralgie vere e proprie.

Ora, come netta è la distinzione tra cenestopatie ed algie, così è chiara fra cenestopatie ed ipocondrie. Difatti noi possiamo osservare dei veri cenestopatici che hanno depressione psi-

chica, ansietà, preoccupazione, senza essere degli ipocondriaci, mentre gli ipocondriaci hanno quasi tutti disturbi cenestopatici.

I cenestopatici non hanno idee deliranti, immaginative, circa la loro salute, come i maniaci, i psicastenici, ecc. ma effettivamente sentono le sofferenze per cui chiedono sollievo; essi conservano quasi tutti la loro affettività ed attività sociale, non hanno ansietà nè la cosidetta introspezione caratteristica degli ipocondriaci. Da tutto questo ne scaturisce che le cenestopatie sono legate ad uno squilibrio costituzionale della sensibilità psichica di ogni individuo, più o meno permanente per cui la prognosi è quasi sempre infausta ed in rapporto all'individuo ed alle forme morbose concomitanti. Così n'è difficile, se non proprio impossibile la cura, essendo ribelli ad ogni intervento terapeutico e psicoterapico. Possono guarire con la igiene, l'idroterapia, la distrazione e con qualche sussidio psicoterapico nei suggestionabili. Talvolta si può intervenire chirurgicamente ma in genere non si hanno che scarsissimi effetti benefici. »

Duprè in complesso ammette le cenestopatie pure, anche senza ipocondria, sottilizzando su i termini, in quanto questa ultima sarebbe data da uno stato tensivo per preoccupazione generica delle condizioni dello stato fisico. Questo concetto non è perfettamente condiviso dai vecchi psichiatri, nè dai recenti.

L'ipocondria scomparsa ai tempi di Schule rifà capolino, ma molto timidamente, ai tempi di Freud, come sindrome di origine psicogena, ma con un significato più comprensivo. In fondo, a noi sembra, senza dar valore, che ogni cenestopatico è un preoccupato della propria salute, ed ogni ipocondriaco localizza in qualche organo il suo malessere. L'inscindibilità della sensibilità cosciente, come s'è detto, dalla tonalità affettiva ci rende conto come ogni cenestopatia, magari secondariamente, s'inquadra necessariamente nelle forme depressive, isteriche, deliranti, ossessive, ecc.

Il caso da noi precedentemente riferito, nonostante le apparenze di autonomia, è capitato ad una donna, con traumi

psico-sessuali di origine infantile, che faceva uso di *coitus interruptus,* che era quasi sempre frigida nei rapporti coniugali e che aveva una vita onirica a contenuto pauroso.

Non ci fu possibile indagarne meglio i complessi nascosti; ma questa donna finì angosciosa, e a distanza di otto anni da qnando la vedemmo, è ancora depressa, preoccupata, spesso ansiosa, profondamente astenica, tormentata da dubbi, rimorsi, paure.

Non ci sembra che la cenestopatia si regga a sè come sindrome autonoma.

Un altro punto su cui non siamo con il Duprè è la frequenza delle localizzazioni cenestopatiche. Egli ammette come il più colpito sia l'estremo cefalico, poi degradando, il torace, l'addome, gli organi genitali, ecc. In una casuistica di cenestopatici, raccolta da me e continuata da Fragola, su 85 forme varie, sintomatiche, ben 46 sono di cenestopatie addominali, 18 di cenestopatie cefaliche, 12 toraciche, 8 della sfera genitale, 1 del collo.

Nelle storie cliniche di ambulatorio e dell'Ospedale, ve n'è di interessanti; ne riferisco qualcuna:

I^a Osservazione:

Recentemente sono stato chiamato da una signora, che presentava dei segni nervosi evidenti: tremori, pianto e riso incoercibile, spasmi diaframmatici, accessi di picnolessia, stati di irrigidimento, crampi accessionali allo stomaco. Ma sopratutto questa signora, che era reduce da Milano era ossessionata dal bisogno di essere operata d'appendicite che le era stata diagnosticata da alcuni grandi clinici di Milano e di Parma.

Un chirurgo ne aveva dubitato, un altro le aveva diagnosticato una pelvi-peritonite; un terzo una ptosi renale con pielite; un ultimo le consigliò di affidarsi ad uno psichiatra.

Notai che la signora era un tipo suggestionabilissimo: in casa sua riferivano degli episodi significativi del suo carattere suggestionabile; per cui da giovanetta era facilissima, nei

giochi di salotto, a lasciarsi ipnotizzare, a seguire comandi, imposizioni da questi simpatici dilettanti della trasmissione del pensiero, suggestionatori e giocolieri, emuli minori di Wendrik. Aveva avuto una precoce sessualità, poi un matrimonio senza piacere, poi i tradimenti coniugali, onirismo pauroso con un sogno che le si ripeteva frequentemente: il marito che le cadeva dal treno, il figliuolo che le veniva sottratto, ecc.; traumi nella sfera sessuale di natura ostetrica, con operazioni e plastiche.

L'isterismo di questa signora ricorda da vicino certe sindromi dei nuclei della base: riso e pianto incoercibile, spasmi muscolari, tremore picnolessia sottocorticale. Ma l'addome era trattabile, dolente al punto di Mac-Burnej, non solo alla pressione, ma anche quando le si sollevava una plica cutanea.

La signora ha avuto in me un confidente discreto, garbato, che ha sentito il racconto dei suoi sogni, le sue paure; ha cercato di svelare qualche complesso nascosto, le ha consigliato di regolarizzare la sua vita sessuale e di vivere con maggiore confidenza, intimità ed intensità, la vita coniugale, di piacere sempre più al coniuge, senza defraudare i diritti della specie. Dopo qualche mese ha una buona remissione di quasi ogni sintoma appariscente e non mi ha più parlato dell'appendicite.

IIª Osservazione:

Puterti Francesco di Reggio Calabria. Ebbe sifilide coniugale; la moglie due parti e due aborti; ha avuto manifestazioni cutanee e gommose ai genitali, orificio anale, ecc.

Durante il periodo di ricovero ha presentato disturbi della sensibilità generale, localizzati specialmente alla parete addominale, al tronco ed agli arti inferiori, a cui l'infermo ha dato un'interpetrazione morbosa ritenendoli conseguenza della rottura del tubo intestinale. Attorno a questi disturbi si sono sviluppate idee deliranti a carattere depressivo, sotto forma di delirio ipocondriaco, a causa del quale ha tentato due volte il suicidio.

Presente Romberg, pupille miotiche e torpide alla luce; riflessi rotulei presenti. I disturbi parestesici sono a tipo radicolare.

La forma di *tabes superior* con la sovrastruttura delirante potrebbe far pensare ad una psicosi tabica, invece il delirio è una sovrastruttura ed una elaborazione del dato sensitivo radicolare.

L'ammalato uscì dal manicomio; si fece fare radiografie ed indagini e fu anche operato di appendicite senza che i disturbi migliorassero. Questa osservazione è interessante perchè il dato sensitivo radicolare è elaborato in senso dislogico dallo individuo, il che dimostra come il delirio è l'elemento sensitivo l'interpetrazione. Il lavorio cerebrale (interpretazione, intuizione, rappresentazione xenopatica, ecc.) senza il dato sintetico, riassunto dalla sensorialità specifica o dalla sensibilità generale, non è ammissibile, se la coscienza esiste in quanto è lo specchio delle modificazioni somatiche.

IIIª Osservazione:

Marc. Antonio, di anni 30, da S. Sostene. Padre alcoolista. Ha un fratello che fa l'artista ed è di temperamento nevropatico.

Egli ha sofferto da bambino di gravi dolori famiiliari, dinanzi ai quali è restato muto affettivamente, perchè ebbe una precocità sessuale intensa; a 7 anni si masturbava a vuoto, ebbe accoppiamenti omosessuali, vi è un complesso incestuoso nelle sue primissime impressioni libidinose. A 8 anni soffriva di tics molteplici; a 12 anni incominciò ad aver fobie multiple, fobie del vuoto, delle altezze, dei contatti; impulsi coatti, a volte con tendenza suicida, mai però eseguita.

Queste forme ossessive decorrono accessionalmente con periodi d'intervallo in cui non è angoscioso ma sempre legato a minuzierie, indecisioni, dubbi, paure.

Recentemente ha presentato un'ossessione tipica: quella di avere dei corpi estranei nell'intestino. Ha ricordato di aver inghiottito un soldo da piccolo, incominciato a pensare che

forse nel cibo inavvertitamente ha potuto ingerire dei chiodi, dei pezzetti di ferro, ecc. Da qualche mese ha queste idee fisse, che espone ai conoscenti per essere confutato su questi dubbi; ma appena ne sembra convinto corre dal radiologo perchè lo osservi ai raggi, dal chirurgo acciocchè valuti la necessità di un intervento, dal psichiatra perchè lo tolga da queste paure infondate, ingiustificate.

IVª Osservazione:

Dai dati anamnestici remoti e prossimi, il Ferrella appare un individuo con delirio di gelosia. Era noto a tutti come continuamente si lamentasse dell' infedeltà della moglie, donna di esemplari virtù. Le stesse accuse incominciò ad enunciare anche contro la seconda moglie, incolpando numerosi compaesani e specialmente l' ucciso. Sempre più pervaso da quest' idea, un giorno aggredì alle spalle il povero vecchio e lo uccise, colpendolo alla schiena con un ferro acuminato. Le osservazioni in manicomio, per quel che riguarda i diversi apparati (toraco cardio-vascolare, addominale, uro-genitale) riescono negative. Normali le funzioni senso-motorie. Normali i riflessi, conservata la sensibilità generale. In ordine alle funzioni psichiche: esistono episodicamente disordini gravi di queste funzioni che si riverberano in corrispondenti reazioni della condotta. È un allucinato: crede infatti di sentire la voce della moglie che lo chiama al di là del muro; e inveisce contro l' infermiere, che incolpa di aver fatto complotto col capo reparto per non fargliela vedere.

Tutte le notti ha allucinazioni cenestopatiche gravi: dice che gli aprono l' addome e gli manipolano l' intestino, gli contorcono lo stomaco ecc. Non ha però identificato chi sono gli autori dello scempio. È da notare che il p. era già originariamente un delirante con allucinazioni ipocondriache: difatti il giorno che uccise, — disse di aver visto il vecchio assassinato gettargli una polverina bianca allo scopo di nuocergli. È l' indefinibile malessere organico, — dice Del Greco nella perizia —

che il Ferella così ben descrive nel suo interrogatorio, malessere che è il fondamento primigenio del delirio. Man mano, questo malessere si localizzò e si concentrò sul segmento addominale, prima come preoccupazione, poi interpretazione, infine allucinazione cenestopatica. Diagnosi: Parafrenia.

Vª Osservazione:

Coscia Andrea di Nicola, di anni 40, celibe, sarto da Badolato. Nulla di notevole nel gentilizio. Ha sofferto il morbillo, il tifo, di blenorragia. Dopo la guerra e la prigionia sofferta, ha cominciato ad accusare cefalee ricorrenti, vertigini, ronzii agli orecchi. Col tempo tali disturbi si sono andati accentuando, sino a presentare disturbi percettivi e ideativi, per cui dopo qualche tempo si sono stabilizzate vive allucinazioni uditive ed idee deliranti a contenuto persecutorio. Ma ben presto il P. ha cominciato a presentare disturbi sensoriali cenestopatici, specie addominali ed infatti egli è anche oggi preoccupato dello stato di salute: avverte qualche cosa che gli stringe l'addome e non gli permette di respirare e di digerire: inoltre sente la penetrazione di aria nell'addome e nello stomaco. Nulla allo esame obbiettivo. Diagnosi: Cenestopatia paranoide in demente precoce.

VIª Osservazione:

Falvo Gennaro fu Salvatore, di anni 56, contadino, vedovo, da Gizzeria. Il padre era un soggetto violento ed il fratello è frenastenico.

Non ha mai sofferto malattie degne di nota. Nel 1917 ha ucciso la moglie per sospetto infondato di averlo tradito. Sottoposto a perizia psichiatrica, è stato prosciolto dall'imputazione per delirio sensoriale di persecuzione.

Interpreta sempre erroneamente; i disturbi gastroenterici li crede dovuti a sostanze venefiche che di tanto in tanto gli vengono propinate con le vivande. Da più tempo, è soggetto periodicamente a notevole disturbo cenestopatico: egli accusa

disturbi all' ipogastrio che ritiene conseguenza di atti di libidine consumati sul suo corpo durante il sonno, perciò richiede di essere tenuto isolato. Diagnosi: Paranoia originaria.

VII^a Osservazione:

Fera Agostino fu Eugenio, di anni 28, orologiaio, celibe, da Catanzaro.

I genitori erano consaguinei, la madre deceduta di tubercolosi, un fratello ricoverato in manicomio.

Da qualche tempo aveva cominciato a fare degli esorcismi per allontanare gli spiriti dal suo corpo e dalla terra. Poi ha cominciato col credersi Gesù Cristo, ritornato sulla terra per redimere i peccatori e per guarire tutti i malati dell' ospedale di Girifalco.

Ricoverato nell' ospedale, dopo qualche tempo in cui fu in fase di eccitamento, durante la quale continuò a fare esorcismi, a presentare disturbi sensoriali, qualche idea delirante di influenza, di persecuzione e di grandezza, ha cominciato a presentare gravi disturbi cenestopatici addominali. Egli un giorno annunzia di essere gravido, spiega questo fatto con l' ingestione di cibi maschili e femminili: egli sente i segni della gestazione e dichiara che ha in grembo il nuovo Messia. Un bel giorno però, in seguito ad emissione di sangue emorroidario, ha dichiarato di avere abortito: poi ha annunziato altre gravidanze seguite da altri aborti. Diagnosi: Schizofrenia paranoide.

VIII^a Osservazione:

Mazzitelli Giuseppe fu Vincenzo, di anni 39, coniugato, sarto, da Zaccanopoli.

Uno zio materno è stato ricoverato in questo ospedale psichiatrico. Durante la guerra è stato ferito alla spalla destra, ha fatto abuso di alcoolici. Dapprima, il Mazzitelli ha cominciato a perdere la cognizione della personalità etica e dei più elementari doveri sociali, a sentire il vuoto e l' isolamento intorno a sè, ad abbandonarsi a soliloqui e ad immaginarie con-

cezioni di congiure, ordite contro di lui. Inoltre andava soggetto a periodi parossistici di esaltazione, che lo trascinavano ad atti violenti contro i familiari.

Di umore depresso e triste, egli si preoccupa della sua salute. A poco a poco, comincia a presentare disturbi cenestopatici addominali e diventa più triste ed ipocondriaco: egli dice che ha qualche cosa nell' addome che lo affligge, che non gli dà tregua e passa le giornate comprimendosi l' addome, stando bocconi per terra. Tali disturbi hanno periodicamente delle esacerbazioni, durante le quali implora di essere operato.

Diagnosi: Stato depressivo in soggetto paranoide.

IXª Osservazione:

Reitano Giuseppe, di anni 61, contadino, celibe, condannato nel 1896 a 30 anni di reclusione per furto ed omicidio, fu ricoverato nel manicomio giudiziario di Reggio Emilia, dove dimostrò idee deliranti a contenuto di persecuzione e di grandezza. Trasferito in quest' ospedale nel 1926, con diagnosi di demenza precoce paranoide, si è dimostrato sempre euforico.

Si crede padrone del mondo e teme di essere avvelenato con i cibi; infatti sente nello stomaco e nell' intestino la nicotina, che cerca di distruggere applicando sull' addome pezzuole bagnate, sia d' estate che d' inverno.

Diagnosi: Demenza precoce paranoide con cenestopatia addominale.

I casi clinici dimostrano come esistono sindromi mentali le più disparate, ciò che è pacifico, con idee cenestopatiche che vanno dalla semplice preoccupazione, all' idea dominante, alla forma ossessiva, alla rappresentazione vivace o pseudo-allucinazione, all' allucinazione vera, quest' ultima più rara di quel che si possa credere.

Abbiamo messo in dubbio la cenestopatia come malattia autonoma, secondo le idee di Duprè, che, pur cercando di differenziare, attingeva alla follia ipocondriaca di Legrand du Saulle. Recentemente l' ipocondria è riapparsa accanto alla ne-

vrosi d'angoscia, nell'opera di Freud, ma poi sembra che il grande Viennese l'abbia abbandonata prudentemente, senza rimpianti.

Schüle definiva l'ipocondria una psico-neurosi causata da una iperestesia dei nervi sensitivi di tutti i territori organici o di qualcuno più specificamente; questa iperestesia finisce per determinare un'ossessione psichica; dal punto di vista intellettuale, l'attenzione è deviata verso le sensazioni anormali, nella sfera affettiva si osserva depressione ed angoscia, dal lato della volontà, inquietitudine ed agitazione, nello stesso tempo che si diventa indifferenti per tutto ciò che non riguarda la malattia.

In questa definizione è tutto ciò che poi si è scisso tra le malinconie a contenuto ipocondriaco, le neurosi d'angoscia con idee cenestopatiche, le psicosi ossessive e le neurosi psicasteniche degli organopatici; ma vi sono ancora alcune forme di psicosi climateriche e presenili, in cui domina l'elemento cenestopatico, come nell'agitazione climaterica di Gaup.

Schüle però già aveva intravvisto i rapporti che l'ipocondria contrae con la malinconia, l'isterismo ed i deliri sistematizzati, affermando che spesso la prima si trasforma nelle seconde e tra le localizzazioni ipocondriache riconosce la massima frequenza per quelle addominali.

Regis già parla di malinconia ipocondriaca, caratterizzata da idee deliranti relative alla salute e alla funzione degli organi e accompagnata spesso da illusioni interne. E ne ammette spesso una causa organica, per cui rientrerebbe nelle follie simpatiche « psicosi, che si sviluppano sotto l'influenza di un processo organico a distanza, agente sul cervello ».

Il modo d'azione di questa simpatia tra organopatia e nevrosi sarebbe d'ordine riflesso attraverso un intermediario obbligato: il gran simpatico (Voisin).

Tra i primi a considerare l'ipocondria come una forma malinconica fu Griesinger. Al che si oppone Krafft-Ebing, perchè sostiene che dolore fisico e fenomeni d'arresto sono

secondari ai sintomi sensitivi, alle sensazioni moleste, alle paralgie. E la definisce come una neurosi sensitiva (neurosi della sensibilità generale); con partecipazione del tono affettivo ed emozionale, insistendo sulla diagnosi differenziale tra ipocondria e malinconia ipocondriaca. Il dibattito se la ipocondria fosse una nevrosi o una psicosi era insoluto per Krafft - Ebing. Nella neurosi l'elemento sensitivo è percepito dalla coscienza come tale; nella psicosi l'elemento sensitivo è interpetrato, trasformato, spesso elaborato come fenomeno xenopatico. La neurosi è sindrome della sensibilità; la psicosi è sindrome mentale; la prima è percettiva ed emotiva; la seconda è prevalentemente intellettiva; l'una ha origine nelle informazioni di tutto il mezzo organico, l'altra nelle attitudini noologiche e dislogiche del soggetto.

Nelle sindromi in esame è la stessa differenza che esiste tra neurosi celiache e cenestopatie, pur riconoscendo il passaggio a gradi della prima nelle seconde.

L'ipocondria, così come veniva intesa, era una psicosi, in cui l'elemento sensitivo rappresentato alla coscienza, che ne è fortemente turbata, era elaborato nel senso della interpetrazione mitica, come direbbe Del Greco; xenopatica, come direbbe Guirand; come automatismo mentale secondo De Clerambaud.

Oggi l'ipocondria è scomparsa come malattia a sè, ma si ripresenta con Duprè sotto forma di cenestopatia, sebbene quest'autore sottilizzi sulla differenza che è puramente fittizia.

L'ipocondria e la cenestopatia sfuma in alcune costituzioni psicopatiche, già note, e in forme neuropsicosiche a limiti netti; l'isterismo, la neurosi coatta, la malinconia, le schizo - e parafrenie, le psicosi climateriche, ed in alcune forme organiche.

La sindrome non sembra reggere nelle forme pure; ma è troppo chiaro che esistono le idee ipocondriache e cenestopatiche.

Hanno un substrato organico e quale?

La letteratura è piena di sindromi cenestopatiche, che avevano come punto d'appoggio una lesione ben stabilita a carico di qualche organo.

Morselli era diventato un accurato ricercatore nei suoi « Quaderni di psichiatria » di sindromi, deliranti a contenuto ipocondriaco, in cui l'esame clinico poteva dimostrare lesioni organiche. Così son noti i deliri cenestopatici di individui, che avevano un' ulcera duodenale, una stenosi di un ansa intestinale, una tabe meseraica, ecc.

Il delirio sostituiva in essi alla sensazione vera la rappresentazione del serpe, che si muove, dell'aculeo, che trafigge, della mano, che maltratta l'intestino; di un enorme fallo, che penetra nei genitali.

Ma innegabilmente non sempre è facile rinvenire un fattore organico a base di questi deliri.

È possibile invece dimostrare quasi sempre un' alterazione cellulare a carico dei gangli simpatici, che sono i ricettori delle sensazioni organiche diffuse; e nel caso speciale del ganglio celiaco, questo cervello addominale, che assomma tutte le informazioni dall' ambiente enterico, le trasmette come materiale grezzo ai centri talamici, dove vengono epurate, filtrate e percepite dalla corticalità, che al vertice, domina l'individuo. Se le informazioni per alterato trofismo o lesione del centro che trasmette, e del centro che riceve, sono falsate, si costruisce il delirio.

In molte cenestopatie addominali, nevrosi o psicosi *sine materia,* di cui sembra assiomatica la psicogenesi o l'origine in un trauma psichico, è facilmente dimostrabile questa alterazione cellulare a carico dei gangli celiaci.

I gangli celiaci sono stati chiamati in causa da molti ricercatori per spiegare alcune turbe organiche nel corso di malattie mentali.

Così per es. Cristiani (Arch. It. per le Malattie Mentali maggio - luglio 1891) attribuì a processi flogistici e degenerativi del plesso solare, le cosidette diarree neurotrofiche nel decorso

o al termine di molte psicosi. Angiolella (Manic. 1894) controllò le ricerche di Bonnèt e Poincarè *(Annales Medico-psycologiques 1861)* i quali attribuivano le alterazioni della paralisi progressiva a processi infiammatori del sistema vegetativo.

Angiolella ammise invece che anche il sistema periferico vegetativo partecipasse a tutto il complesso quadro isto-patologico le cui lesioni principali risiedono nella corticalità.

L'argomento è stato ripreso da De Leo (Neurologica 1926) il quale ammette che lesioni dei gangli celiaci e dei paragangli surrenali favoriscano la sindrome depressiva nella sintomatologia della paralisi progressiva. Queste lesioni nei gangli con i disturbi della cenestesi viscerale possono avere influenza sulla genesi dei deliri ipocondriaci, facili a svilupparsi in soggetti con difetto di critica.

Per De Leo le affezioni dei gangli solari quali si osservano nella pratica clinica, determinano uno stato psichico a colorito depressivo con senso di torpore e di inerzia.

Alla depressione malinconica è probabile che contribuiscano i disturbi della sensibilità viscerale (ipocenestesi, discenestisi) che sono i fattori occasionali o determinanti delle rappresentazioni ipocondriache e degli stati ansiosi. Laignell-Lavastine (Soc. Anat. 18 ott. 1907) già aveva trovato sclerosi dei gangli semilunari in un debole melanconico ed ipocondriaco. Lo stesso ammette che le tossi-infezioni possono lasciare postumi nel simpatico; cosicchè una entero-nevrosi può sorgere dopo un periodo di tempo più o meno lungo da una infezione sofferta e allora ne va ricercata la causa in una lesione o sclerosi post-infettiva, o reliquato infiammatorio. Ciò confermano le osservazioni anatomo-patologiche di Loeper (Soc. Med. Hôp. 7 marzo 1919) in molti gastro-enteropatici.

È discusso se per i gangli simpatici passino neuroni afferenti: sarebbero essi quelli su cui si incanala la sensibilità viscerale o cenestesica. Queste vie centripete, negate dagli anatomo-fisiologi ed ammesse dai clinici, porterebbero le informazioni attraverso le radici posteriori sino ai talami dove

la sensazione originaria si epura e si filtra per essere percepita dalla corteccia. In questa epurazione talamica e nel controllo corticale è la differenza tra nevrosi celiaca propriamente detta e sindrome ipocondriaca delle psicosi, di cui qui ci occupiamo.

Giacchè quando il dato sensitivo è controllato dalla coscienza la sindrome che ne deriva è una sofferenza addominale a carattere più o meno definito. Mentre quando il dato cenestesico è interpetrato in modo errato dai poteri percettivi, sorge il sintoma ipocondriaco o cenestopatico di una delle psicosi su enumerate. Però questo sintoma non resta *sine materia* e senza documentazione istografica in quanto è difficile ammettere una psicogenesi dell' ipocondria senza un disturbo benchè minimo della trama organica.

Noi abbiamo voluto esaminare alcuni gangli simpatici e a preferenza quelli celiaci in ammalati che avevano presentato in vita disturbi cenestopatici a carattere addominale.

I preparati alla Nissl, Unna - Pappenheim, Ematossilina-eosina, Held, Mann, Van Giesen dimostrano i seguenti particolari: le cellule non appaiono rarefatte; nella maggior parte di esse la sostanza cromatica ha il caratteristico aspetto granuloso degli elementi dei gangli simpatici, e la struttura del nucleo non appare alterata. Alcuni elementi però presentano alterazioni di vario aspetto e gravità. Alcuni hanno il corpo cellulare con margini sfrangiati, e vacualizzazioni del protoplasma ed ipercolorazione del nucleo. Altri presentano cromatolisi diffuse; altri infine una ipercolorazione del corpo cellulare, talora con addensamento considerevole di sostanza cromatica alla periferia. Cellule atrofiche con nucleo moriforme.

In molti elementi il nucleo ha margini indecisi e si presenta ipercolorato. Le alterazioni nucleari si vedono particolarmente bene nei preparati all'ematossilina-eosina: con questo metodo è facile riconoscere numerosi elementi con nucleo piccolo, allungato, come schiacciato, uniformemente scuro; il nucleolo, talora aumentato di volume, sembra addirittura enorme

paragonato alla grandezza del nucleo. Quà e là si vede infine qualche rara cellula pallidissima senza granuli cromatici riconoscibili. Rare sono le cellule con due nuclei. Fra questi tipi di alterazione il più frequente è quello costituito da polverizzazione della sostanza cromatica e picnosi nel nucleo: segni questi di raggrinzamento cellulare cronico.

Le cellule pigmentate sono abbastanza frequenti e di solito riunite in gruppi. Il colore del pigmento varia dal giallo - verdastro al verde bruno nei preparati alla Nissl, dal giallo al bruno nei preparati alla Unna - Pappenheim. La capsula perinucleare non presenta in alcun elemento segni di proliferazione. Il tessuto interstiziale non appare sensibilmente aumentato: anche le « Mastzellen », presenti qua e là, non sembrano aumentate di numero.

La reazione come si vede è a prevalenza parenchimatosa, mentre non è stata rinvenuta a tipo interstiziale se non in vecchi ammalati cronici. I molti casi esaminati con spiccata sintomatologia addomino-cenestopatica hanno presentato costantemente queste alterazioni istopatologiche che non è facile rinvenire in ammalati mentali comuni.

Nè sembra che esse siano da interpetrare come reliquati o postumi di malattie infettive acute sofferte in un periodo di tempo precedente alla forma mentale perchè molto spesso le più accurate ricerche anamnestiche lo facevano escludere.

Ora è il caso di domandarsi: queste alterazioni possono essere la traccia di una modificazione nel senso della cenestesi? La cenestesi trova la sua canalizzazione in queste vie simpatiche la cui dimostrazione anatomica non è ancora riuscita? Può la nevrosi a localizzazione organica, e la psicosi a contenuto cenestopatico, riconoscere una base anatomo - patologica in questi lesioni ganglionari?

Quesiti questi a cui è volta da parecchio tempo la indagine e la ricerca, e che è bene non perdere di mira oggi che da molti punti si congiura contro la organicità delle sindromi mentali.